

.....,2025r.
(miejscowość) (data)

.....
.....
(Pracownik)

.....
.....
.....
(Pracodawca)

Oświadczenie

Proszę o potrącanie miesięcznej składki członkowskiej na rzecz Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu od dnia 01 kwietnia 2025 r. w wysokości 1% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłoszonego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym, zgodnie z Uchwałą nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji z dnia 23 września 2024 r. *w sprawie wysokości składki członkowskiej i zasad jej podziału.*

.....
(czytelny podpis)